令和6年度　事業評価Ⅱ　地域包括支援センター自己評価の着眼点

資料3－2

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
1．総合相談・支援業務			
①　地域における潜在的な利用者の実態把握	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇地域における障害者、子ども、生活困窮等、高齢者以外の分野の関係機関と連携し、潜在的な高齢者の実態把握・支援に努めている。	◇本人や家族からの相談を待つのみではなく、日頃から様々な関係機関からの情報収集を行うとともに、関係機関からセンターへ相談が入る体制が構築されている。 ◇継続的な広報活動等、センターが高齢者の相談窓口であることについて圏域全体の多世代に浸透させる工夫を行うことで圏域全体から相談が寄せられている。 ◇地域活動（民児協、町内会関係の会合、地域団体の集まり等）への訪問・参加による情報収集を行い、必要に応じて高齢者宅への戸別訪問をする等、計画的・効率的な実態把握に努めている。 ◇地域における関係機関・関係者のネットワークについて、構成員・連絡先・特性等に関する情報をマップまたはリストにより管理している。	◇地域活動への訪問・参加による情報収集や高齢者宅への戸別訪問の実施に至っていない。
②　相談受付から支援に至るまでの適切な対応	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇右記に加えて、以下の観点に沿い、相談から適切なサービス調整までを一体的に実施している。 ・関係機関への連携・引継を実施した後も、必要に応じて定期的に状況の確認を行っている。 ・支援方針の立案にあたっては、つながりのある既存の支援者の有無を確認し、必要に応じて関係機関の意見を聴取するなど連携を図っている。	◇ワンストップサービスとして、以下の観点に沿い、相談から適切なサービス調整までを一体的に実施している。 ・相談内容から緊急性を判断し、必要であれば速やかに訪問するなどの適切な対応ができている。 ・本人の生活環境の把握や本人・家族等の意向確認等を的確に行い、課題を明らかにしたうえで支援方針を立案している。 ・センター職員の専門性を生かしたチームアプローチを十分活用し、支援を行っている。 ・定期的に状況を確認するなど、状態に応じた継続的な支援を行っている。 ・支援の状況について、ケースカンファレンスなど所内での情報共有や振り返りを行っている。 ・関係機関への引継の際は、丁寧に情報共有をしながら引継ぎを行っている。	◇適切なサービス調整や状況確認が行えないなど、ワンストップサービスとしての役割が果たせていない。
③　相談記録の整理と課題抽出に向けた取組	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇相談記録が、担当職員の引継まで意識した、対象者の心身の状況や生活環境等がよく伝わる記録となっている。 ◇相談内容の傾向から、地域の課題を抽出し、その課題解決へ向けた取組みを計画または実施している。	◇高齢者総合相談関係の書類（利用者基本情報、支援経過記録等）を、常に最新の情報に更新し、必要な情報を適宜把握できるような状態で、整理・保管している。また、利用者基本情報を更新した際は区役所・総合支所へ提出している。 ◇相談件数を把握し、その相談経路や相談内容ごとに件数の内訳を集計している。 ◇相談内容や支援内容、対象者の心身の状況や生活環境等だけでなく、所内での検討の過程や結果について記録している。	◇高齢者総合相談関係の書類（利用者基本情報の写し、支援経過記録など）を、常に最新の情報に更新し、必要な情報を適宜把握できるような状態で、整理・保管できていない。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
2. 権利擁護業務			
① 成年後見制度の活用促進	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇制度活用の観点から、様々な関係機関と連携して情報把握に努めるとともに、制度が必要と思われる方の情報がセンターへ入る体制ができている。	◇地域の高齢者及び関係機関に制度を周知している。 ◇制度を理解し、他機関と連携しながら実際に制度の活用に結びつけている（事例が発生していない場合においても、活用に結びつけられるよう体制を整えている。）。 ◇制度活用に結びつかないような場合でも、まもりーぶが実施する日常生活自立支援事業の利用を支援するなど、関係機関との連携・連絡を心がけている。	◇制度の理解が不十分で、対応に不安がある。 ◇日常生活自立支援事業の理解が不十分で、対応に不安がある。
② 高齢者虐待への対応	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇虐待防止を目的に地域の高齢者及び関係機関からの情報把握を行っている。 ◇虐待対応を通して見えてきた課題等について、区役所をはじめとした関係機関と共有し、対応のノウハウを蓄積しながら、困難ケースに対しても適切に支援できるよう努めている。	◇地域の高齢者及び関係機関に高齢者虐待防止に関する啓発を実施している。 ◇相談があった際、的確に緊急性を判断し、対応している（事例が発生していない場合においても、適切な対応が取れるよう体制を整えている。）。 ◇仙台市高齢者虐待防止・対応マニュアル等をもとに、高齢者虐待防止ネットワーク構築事業を通じて形成されたネットワークを活かしながら関係機関と連携し、適切に対応を行っている。	◇虐待に関する相談を受けた際、個人として対応しており、センターとしての対応には至っていない。 ◇地域の高齢者及び関係機関に周知を行うまでには至っていない。（又は、制度が十分に理解できていない。）
③ 消費者被害の防止	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇被害防止の観点から、様々な関係機関からの情報把握を行うとともに、被害が生じている可能性があると思われる方の情報が民生委員等からセンターへ入る体制ができている。	◇地域の高齢者及び関係機関にパンフレット等を活用しながら注意喚起を行っている。 ◇民生委員・介護支援専門員・ホームヘルパー等へ消費者被害に関する情報を提供している。 ◇消費者被害が疑われる高齢者に対して、消費生活センターや警察などの関係機関と連携し、対応を行っている（消費者被害が発生していない場合においても、関係機関と連携が取れるよう体制を整えている。）。	◇消費者被害に関する相談を受けた場合に、消費生活センターや警察などの他機関との連携が不十分などの理由により、適切な対応が図れないケースがある。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
3. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務			
① 介護支援専門員と医療機関等の連携に向けた支援	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇地域の介護支援専門員が医療機関をはじめとした関係機関と連携・協働できるよう工夫を行っている。	◇利用者の状態に応じて、医療機関と介護支援専門員等との連携が図られるよう調整を行っている。 ◇サービス事業者などの関係機関に対し、サービス担当者会議について理解が得られるよう働きかける等の支援を行っている。	◇医療機関と介護支援専門員等とが連携できる関係に至っておらず、そのための調整も特に行っていない。
② 介護支援専門員に対する支援	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇介護支援専門員個人への支援のみならず、多職種連携による地域全体での連携体制の確保など、介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを円滑に実践できるよう、環境を整備している。 ◇介護支援専門員に対して、地域特性や地域資源の情報提供を行っている。	◇ケアプラン作成支援等を適切に行っている。 ◇担当圏域における居宅介護支援事業所のデータ（事業所ごとの主任介護支援専門員・介護支援専門員の人数等）を把握している。 ◇地域の介護支援専門員がセンターへ相談しやすくなるよう、顔の見える関係づくりを行っている。 ◇地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員のニーズを把握するとともに、適切な支援を行っている。 ◇介護支援専門員を支援する際には、自立支援の理念を念頭に置き、介護支援専門員自身の問題解決能力を高めるよう行っている。	◇ケアプラン作成支援等の実績が少ない（又はほとんど行っていない。）。 ◇地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員の状況把握に至っていない。
③ 介護支援専門員を対象にした研修会等の実施による支援	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇前年度実施した研修会の内容、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のニーズ等を踏まえて、研修会の内容を計画的に定めるとともに、介護支援専門員の資質向上に向けた目標・方向性をセンターとして明確に定めている。 ◇介護支援専門員を対象とした研修会・事例検討会等の開催計画を年度当初に指定居宅介護支援事業所に示している。	◇年間の実施計画を立てたうえで、センター単独又は複数のセンター合同で、介護支援専門員を対象に実践力を高める研修会・事例検討会等を複数回開催している。 ◇地域の介護支援専門員同士のネットワーク構築を支援している。	◇介護支援専門員を対象にした研修会や事例検討会等の複数回開催には至っていない。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
4. 認知症関連業務			
① 本人・家族支援	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇認知症の人や家族が、支える側としての役割や生きがいを持って生活することができるよう、ピアサポート活動におけるピアサポーターや認知症パートナー講座の講師、地域版ケアパスの見直しに関わる等の役割を担う等、様々な事業に参画できる場の創出を行っている。 ◇認知症の人と家族を一体的に支援する取組みを行っている。 ◇「希望をかなえるヘルプカード」の普及や活用推進等、認知症の人の意思決定を支援する取組みを行っている。 ◇その他、認知症の人や家族の支援に関する独自の取組みを行っている。	◇様々な機会をとらえて認知症の人や家族の意向・意見を聞き、事業運営や個別支援に反映させている。 ◇介護に関する家族からの相談に対して適宜対応を行っている。 ◇認知症の人や家族の支援に係る情報・資源を把握し、必要に応じて情報提供を行っている。 ◇認知症ケアパス（全市版、地域版、個人版）の普及に取り組んでいる。	◇本人または家族からの相談に対して対応を行っていない。
② 早期相談・早期診断・早期対応	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇認知症のあらゆる段階において、その人の状態に応じた適切なサービス、または地域の社会資源の紹介や提供を行い、現時点ではサービス等につながっていなくとも、必要なときに支援を提供できる体制を構築するなど、長期的な支援方針が立案でき、切れ目のない支援を行っている。	◇地域包括支援センターが認知症の相談窓口であることについて積極的に周知を行っており、地域の関係機関から認知症に関する相談がある。 ◇認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター、おれんじドア等と顔の見える関係づくりを行い、情報共有を図る等、認知症の早期相談・早期診断・早期対応につながるよう連携し、住民と関係機関の橋渡しを行っている。 ◇認知症の人を取り巻く状況を適切にアセスメントし、医療や介護サービスにつなげるだけでなく、本人ミーティングや家族交流会、認知症カフェや地域のサロン等の通いの場を紹介する等、その人のニーズや状態に応じた適切な支援を行っている。	◇地域包括支援センターが認知症の相談窓口であることについて周知を行っていない。 ◇総合的な観点から状態像や課題を把握していない支援方針にとどまっている。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
③ 地域における支援体制づくり	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇地域の関係機関と連携し、認知症サポーター及び認知症パートナーの活躍の場の創出や認知症カフェの設置等を通じて、認知症の人やその家族が、地域との交流が途切れないよう、地域での居場所づくりに取り組んでいる。 ◇認知症の人と家族のニーズと、認知症サポーター及び認知症パートナーを中心とした支援をつなぐ取り組みを、圏域の特性に合わせて実施している。 ◇認知症パートナー講座の開催等を通じて、認知症の人や家族の想いを聴き、その視点に立つ機会を創出することで、認知症であってもなくても自分らしく暮らし続けるために、互いに支え合う意識を持った地域づくりを行っている。 ◇地域住民や関係団体・機関（町内会、民児協、医療機関、サービス事業者、交番など）の協力をもとに、認知症の人を地域で見守る独自の体制構築に取り組んでいる。 ◇介護支援専門員等へ、認知症の人の意思決定を支援するツールの活用等を啓発している。 ◇その他、支援体制づくりに関する独自の取組みを行っている。	◇認知症サポーター養成講座開催や、町内会、民生委員、地域のサロン、学校関係、小売業、金融機関等、様々な関係機関に対し、あらゆる機会を通じて、認知症の正しい知識と認知症の人に対する理解、新しい認知症観の普及・啓発を行っている。 ◇認知症の人や家族の声を聴き、認知症の人をとりまく地域の状況や認知症バリアを把握し、課題について整理している。 ◇認知症サポーター養成講座や認知症カフェ等の地域住民が集まる場所で紹介する等、「仙台市認知症の人の見守りネットワーク事業」の協力者を増やす取組みを行っている。 ◇認知症サポーターや認知症パートナーに、地域での活動に対する意向を聞き取る等、認知症サポーター等の活躍の場の創出につながる取組みをしている。	◇町内会や民生委員、地域のサロン等において積極的に啓発活動を行っていない。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
5. 介護予防関連業務			
① 介護予防普及啓発の実施	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇オーラルフレイルを含む、フレイル予防をはじめとする介護予防事業での普及啓発活動を通して、地域住民の介護・フレイル予防、健康づくりに対する意識を高め、地域住民が主体的に地域の活動を行っていけるよう、地域の担い手の把握や育成等を行い、地域の自助・互助を高めていくための取り組みを行っている。	◇一人ひとりが自分事として介護・フレイル予防や健康づくりに向けた気付きとセルフケアを促進するためICTやデジタル機器、民間商業施設の活用や、介護予防教室以外の様々な機会をとらえ、広く普及啓発を図っている。 ◇担当圏域の他機関による介護予防に資する取組みを把握し、介護予防活動の推進のため、適宜、地域住民に紹介している。 ◇介護・フレイル予防をはじめとする介護予防事業の企画・実施にあたっては、担当圏域の実情を踏まえ、計画的に開催場所や内容の選定を行うとともに、高齢者の社会参加の機会づくりとしたり、地域の新たな社会資源創出のきっかけにする等、地域課題の解決を見据え取組みを進めている。 ◇フレイル予防の三本柱「運動」「栄養・口腔」「社会参加」を意識し、バランスの良い取組みを行っている。	◇フレイル予防をはじめとする介護予防事業の参加者が固定され、高齢者への幅広い普及啓発に資するものには至っていない。 ◇圏域内の他機関による介護・フレイル予防に資する取組が把握できていない。または、把握しているが、住民への紹介に至っていない。 ◇圏域の実情を踏まえず、介護・フレイル予防事業の開催場所選定を行っている。 ◇一部について介護・フレイル予防の趣旨に合わない内容の教室となっている。
② 介護予防の取組等を要する者の把握と支援	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇介護予防把握事業やフレイルチェック、地域の集まりや商業施設でのイベント等で把握した継続的に関わりが必要な者について、適切な支援につなぐ他、インフォーマルサービスや地域情報の提供を行っている。 ◇通いの場等や介護予防教室等の参加者の状態像を、チェックリストや体力測定等のデータを用いて継続的に把握している。	◇本人、家族や地域からの情報が入りやすい体制を整える他、地域の集まりや商業施設等日常生活の場に積極的に出向く等、機会をとらえて、介護予防の取組みが必要な者を把握し、介護・フレイル予防活動につなげている。 ◇様々なフレイルチェックのツールの活用により、からだやこころ、社会性等といったフレイルのリスクが高い高齢者を把握し、介護予防活動につなげている。 ◇支援の必要な高齢者を把握した場合に、フレイルのリスク要因に応じて専門職の支援等適切に介入している。 ◇介護予防把握事業にて把握した支援の必要な方や未返送者に対し、面談等のアプローチを行い、本人の状態像や生活の様子を捉え、支援の方向性を適切に判断し、計画的にアプローチを行っている。 ◇介護予防の取組みが必要な者へのアプローチの際に必要性を判断してうつの暫定二次アセスメントを実施し、支援が必要な場合には、区保健福祉センターや総合支所の総合相談担当者に報告している。 ◇うつ・閉じこもり等で社会参加への支援が必要な場合にはマネジメントを行い、適切な支援の介入を行っている。	◇介護予防の取り組みが必要な者を把握できていない、または把握できているが、介護予防活動につなげられていない。 ◇豊齢力チェックリスト郵送事業にて未返送者として把握した者について訪問を行っていない。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
③ 介護予防の目的を意識したケアマネジメント	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇個々のケアマネジメントを通じて、共通する課題の把握に努めている。 ◇生活支援体制整備事業や一般介護予防事業等様々な事業と連動させて、見えてきた地域課題を解決できるよう努めている。	◇自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに関し、市町村から示された基本方針を居宅介護支援事業所に周知している。 ◇予防給付や従前相当、緩和サービスA、サービスB、短期集中予防サービス等、事業所の具体的なメニューを把握している。 ◇（アセスメント）利用者が有する能力、生活機能改善の可能性並びに生活環境を適切にアセスメントし、自立支援の理念を念頭に置いた目標設定を行っている。 ◇（アセスメント）利用者本人の生活機能の低下等について気づきを促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出し、セルフケアにつなげる等の支援を行っている。 ◇（ケアプラン作成） サービス内容の調整において、心身機能の改善だけではなく地域のなかで生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしている。 ◇（ケアプラン作成）インフォーマルサービスの活用も含め、本人にとってもっとも必要とされるサービスを把握しプランに取り入れている。 ◇（モニタリング）利用者、事業者等と目標を共有し、その達成に向けたサービス利用状況を定期的に確認している。 ◇介護給付に移行する場合は、支援の継続性に留意し、円滑に移行できるよう居宅介護支援事業所に引き継いでいる。	◇利用者の有する能力、生活機能改善の可能性並びに生活環境を適切にアセスメントできておらず、利用者の自立支援に向けた目標指向という観点が取り入れられていない。 ◇サービス提供において、利用者の求めるサービスをプランに取り入れるにとどまっている。
④ 地域の介護予防活動の支援（介護予防自主グループ及びサポーター支援を含む）	◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。 ◇多様な運営主体の通いの場等を把握するとともに、地域の実情に応じて、様々な運営主体・場所・活動内容によって住民が主体的に取り組む通いの場等の創出を意識した働きかけを行い、関係機関と連携しながら通いの場等の育成、支援等を行っている。 ◇通いの場等の活動継続や活動再開にむけて、グループの活動状況をアセスメントし、その課題に応じて、相談対応や専門職の支援等、適切な介入を行っている。 ◇通いの場等の状況を把握し、栄養改善等の観点で支援が必要な場合に、専門職による支援を実施する等適切な介入を行っている。	◇高齢者個々人に合わせた活動の場を提供できるよう、多様な運営主体の通いの場や活躍できる場等を把握している。 ◇通いの場等や高齢者が活躍できる場の活動状況を把握し、活動継続や再開に向けてグループのアセスメントを行い、その課題に応じて相談対応や専門職派遣（フレイル予防の視点での支援が必要な場合には、運動や栄養・口腔等に関する専門職の支援等）等適切な介入を行い、継続的に活動ができるよう自立性を高めるための働きかけを行っている。 ◇地域の実情に合わせて、通いの場や活躍できる場等が地域全体に存在するように、地域に戦略的に働きかけている。 ◇地域の関係機関やボランティア団体等からの要望に応じるとともに、介護・フレイル予防、健康づくりについての健康教育を行っている。	◇地域の関係機関等に対する支援は特段行っていない（協力要請もない。）。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
6．地域・関係機関との連携・ネットワークづくり			
① 支え合いの地域づくりの推進	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇集めた地域課題を資料にまとめる等地域の実情や課題を可視化し、包括圏域会議や協議体等の場を活用し地域住民と共有している。 ◇インフォーマルな社会資源の継続・拡充の働きかけや、活動の支援を実施している。 ◇インフォーマルな社会資源がない地域で、積極的に創出のための働きかけを実施している。 ◇支え合い活動の担い手を発掘するための取組みを実施している。	◇支え合いの地域づくり推進のためのセンターの業務や役割について圏域全体に周知し浸透している。 ◇地域の催し等に参加する等、機会を捉えて積極的に地域との関係づくりに取り組んでいる。 ◇以下の関係機関と連絡が取り合える関係にあり、ネットワークの必要性について働きかけている。 （民児協、町内会、地区社協、老人クラブ、居宅介護支援事業所、サービス事業者、交番、ボランティア団体、NPO等） ◇地域特性を把握し、ニーズや課題について整理している。 ◇住民主体の支え合い活動（通いの場や生活支援等）へつなげていけるよう、センターが住民に働きかけを行い、地域支え合いの機運の醸成に取り組んでいる。 ◇インフォーマルな社会資源に関する情報を収集・整理し、必要に応じて利用者や関係機関に情報提供している。 ◇第1層生活支援コーディネーターと連携しながら、関係者間のネットワーク構築に向けて取り組んでいる。	◇以下の関係機関と連絡が取り合える関係にない。または、関係機関の全体を把握していない。 （民児協、町内会、地区社協、老人クラブ、居宅介護支援事業所、サービス事業者等）
② 医療介護の連携	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇医療関係者と合同の事例検討会に参加している（退院時カンファレンスは含まない）。 ◇病院、診療所等の医療関係機関と連絡が取りあえる関係にあり、ネットワークを構築している。 ◇医療関係者と、医療と介護に関する地域課題について、共有または検討している。	◇在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口等を必要に応じて活用している。また、居宅介護支援事業所等への周知を図っている。 ◇個別のケース会議を開催する際に、医療関係者への参加を呼び掛けている。 ◇医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加している。	◇事例検討会等の会議の開催に際して、医療関係者に参加の声掛けを行っていない。
③ 防災への対応	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇地域の関係団体等と連携し、地域の実情に応じた災害時の対応について整理している。 ◇センターが支援する高齢者に対して、身体状況や地域の災害リスクを踏まえ、本人がとるべき具体的な避難行動を示している。	◇災害時要援護者情報登録制度による要援護者リストについて、地域の関係団体等と情報交換を行うとともに、個別の支援方法について相談があった場合には、専門的な立場からアドバイスを行っている。 ◇センター独自の災害時対応マニュアル等を整備している。 ◇平常時において、担当圏域内の防災体制の情報収集を行っている。 ◇センターが支援する高齢者に対し、訪問の機会等を生かして防災対策の啓発を行っている。 ◇センターが支援する高齢者のなかで、災害時に援護が必要な人のリストを作成し、安否の確認が行えるようになっている。	◇センターが支援する高齢者について、災害時に援護が必要であるかどうかという観点での整理ができていない。 ◇センター独自の災害時対応マニュアル等を整備していない。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
7．地域ケア会議			
① 個別ケア会議の開催	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇個別ケア会議で検討した事例について、その後の変化等をモニタリングしている。 ◇個別ケア会議で検討した事例の蓄積を通し、共通する課題を整理している。	◇居宅介護支援事業所・サービス事業者・町内会・民生委員・医療機関等、高齢者に関する地域の関係機関に個別ケア会議について周知を図っている。 ◇個別ケア会議を、【圏域内高齢者人口の0.1%】回以上、開催している。 ◇地域住民向けに自立支援や介護予防の重要性について、個別ケア会議、包括圏域会議、出前講座等の機会を通して周知している。 ◇居宅介護支援事業所が所管する事例についても個別ケア会議を開催し、検討している。 ◇地域の専門職と共に重度化防止・介護予防について検討する事例等、処遇困難事例のみならず、様々な事例での個別ケア会議の開催を通し、地域の中で自立支援について検討している。	◇個別ケア会議を地域関係団体に周知していない。
② 包括圏域会議等の開催	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇個別ケア会議で抽出された課題や地域アセスメントからの課題等を参加者と共有し、地域課題発見に向けた検討を行うとともに、その解決のための具体的な取組みや地域づくりにつなげている。 ◇地域課題の解決のための具体的な取組みに向け、第1層生活支援コーディネーターと連携し、取組みをさらに推進している。 ◇圏域レベルで解決できない課題については、区と連携し課題解決にむけた取組みを行っている。	◇地域の実情に合わせた開催エリアを設定し、複数回開催している。 ◇医療機関・町内会・民生委員・サービス事業者など、高齢者に関する地域の関係機関が参加している。 ◇会議の内容はセンターの紹介に留まらず、地域の実情にあわせて計画的にテーマが定められている。 ◇地域全体を網羅している。 ◇議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有している。	◇開催しているが、参加機関が事業者だけである等、地域の関係機関が網羅されていない（又は開催していない。）。

項　目	評価の目安		
	◎　（市が求める水準を満たし、かつ、特に優れた業務を実施している）	○　（市が求める水準を満たした業務を実施している）	△　（市が求める業務水準に達しておらず、工夫・改善を要する）
8. 運営体制			
① 3職種その他の職員の職務分担及び連携	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇センターの年間計画や目標について、達成に向けた進行管理が行われている。 ◇機能強化専任職員が把握した地域資源（インフォーマルサービス等）を所内で共有するとともに、3職種その他の職員が地域資源を積極的に活用している。 ◇職員の担当するケアプラン管理件数が、負担軽減のための上限基準以内となっている。	◇業務内容や地域ごとに担当制を敷く等、基準を置いて分担を行っている。 ◇困難事例等の所内での対応についてチームアプローチを念頭に置いた対応をとっている。 ◇日常の業務内容について、所長が網羅的に把握し、職員が持つ専門性や知識をチームアプローチにより効率的・効果的に発揮するためにセンター全体のマネジメントを実施している。 ◇センターの年間計画や目標について、全職員が共有している。 ◇機能強化専任職員配置の目的や役割を理解しており、機能強化専任職員と3職種その他の職員とが連携して事業に取り組んでいる。	◇担当割の基準がなく、相談を受けた職員が担当者となる状況である。 ◇チームアプローチによる対応がなされていない。 ◇日常の業務内容について、所長が把握できていない。 ◇センターの年間計画や目標について、全職員が共有するまでには至っていない。
② 中立・公正の確保	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇居宅介護支援事業所へ介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の委託を行う際、正当な理由なく、委託総数の半数以上が同一の居宅介護支援事業所に対して委託されることがないようにしている。	◇職員全員が、地域包括支援センターは中立・公正でなければならないことを理解し、日々の業務で心掛けている。 ◇必要に応じ市から交付された職員証を活用するなど、市の委託事業であることを周知している。 ◇サービスの紹介などでは、特定の事業所だけでなく複数の事業所を提示し、利用者が選択できるようにしている。 ◇特定の事業所に偏らず支援や連携を行っている。	◇中立・公正の確保について、職員の理解が不足している。 ◇サービスの紹介などにおいて、複数事業所を提示せず、利用者が選択できるような配慮ができていない。 ◇特定の事業所に偏向して支援や連携が行われている。
③ 業務改善への取組み	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇改善を図る仕組みが構築され、実際に成果を上げている。 ◇利用者や家族、地域住民の声をアンケート等により積極的に収集し、業務改善のために活用している。	◇利用者や家族からの要望・意見を聞き、必要に応じてセンターの運営に反映させている。 ◇センター内での進捗管理やミーティング等を通じて、日々の業務における課題・反省点を把握している。	◇利用者や家族からの要望・意見を反映させるまでに至っていない。 ◇日々の業務における課題・反省点を把握する仕組み（業務日誌等）がない。
④ 職員の資質向上	**◇中列に記載の項目に加え以下の項目に該当している。** ◇運営法人やセンター独自でセンターの業務に役立つ研修を計画的に実施している。 ◇運営法人やセンター独自で、職員の自己研鑽に関する助成等の制度がある。または、職員が自己研鑽を行いやすい環境づくりを行っている。	◇職員の資質向上を図るため、研修（国、県、市、区主催）に積極的に参加している。 ◇研修での受講内容についてはセンター内で伝達する機会を設け、参加しなかった職員へも共有するようにしている。	◇センター職員向けの研修（国、県、市、区主催）に明確な理由なく参加していない場合がある。